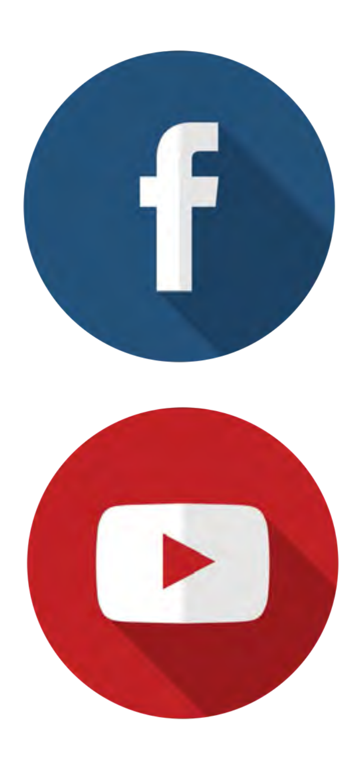
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.





Sur: www.la-faculte.net Espace E-learning pour apprentissage gratuit online Pour utilisation Non-lucrative

Université d'Alger

Faculté de médecine d'Alger

Module des Urgences Médico-Chirurgicales

6ème année de médecine

Session septembre 2016-fevrier 2017

Prise en charge du syndrome coronarien aigu

Pr. Ag. A. SALMI

Chef d'unité des urgences médicales et de la réanimation médicale, Service des UMC CHU Mustapha

Année universitaire 2016-2017

facadm16@gmail.com Participez à "Q&R rapide" pour mieux préparer vos examens 2017/2018

Plan

Pr. Ag. A.SALMI service des urgences médico-chirurgicales CHU Mustapha (2016-2017)
salmi_amine@yahoo.fr

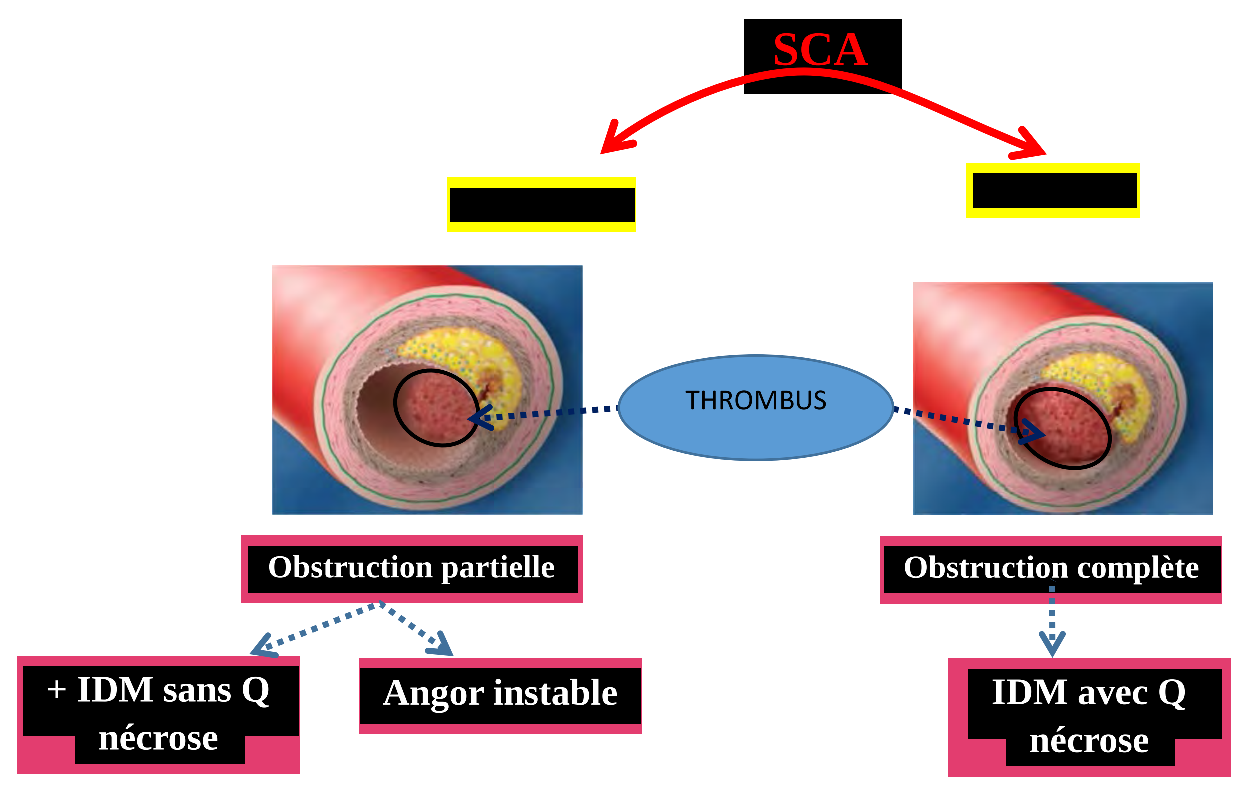
I. INTRODUCTION -DEFINITION

Le syndrome coronarien aigu (SCA), est constitué de manifestations cliniques, électrocardiographiques et biologiques, liées à l'athérosclérose coronaire.

On distingue les SCA avec sus-décalage du segment ST (SCAST+) de ceux sans élévation du segment ST (SCA non ST+).

Les SCA sont, ainsi, divisés en 2 groupes :

- SCA ST+ : appelé infarctus du myocarde ST+ (IDM ST+)
- SCA non ST+ : absence de sus-décalage du segment ST à l'ECG, qui est subdivisé en deux, selon le dosage enzymatique :
  - Enzymes cardiaques positives : infarctus du myocarde sans onde Q de nécrose ;
  - Enzymes cardiaques négatives : angor instable.



II. PHYSIOPATHOLOGIE :

Généralement, les SCA sont la conséquence d'une obstruction coronaire par un thrombus, secondaire à une érosion (30%) ou d'une rupture (70%) d'une plaque athéroscléreuse limitant le flux sanguin coronaire.

Dans les SCA ST+, ***le thrombus*** est constitué **essentiellement de fibrine,** entrainant une occlusion coronaire aigue **totale**, responsable

Pr. Ag. A.SALMI service des urgences médico-chirurgicales CHU Mustapha (2016-2017)
salmi_amine@yahoo.fr

d'une nécrose complète du tissu myocardique dans un délai de 6 h, tandis que dans **les SCA non ST+,** il est plutôt de type **plaquettaire**, **n'obstruant pas complètement la lumière artérielle** dans la majorité des cas.

III. DIAGNOSTIC POSITIF :

a. Clinique :

Les patients présentant un SCA, consultent, dans la majorité des cas, pour douleur thoracique.

L'intensité de la douleur thoracique est variable selon le degré d'obstruction coronaire :

- En cas d'un SCA non ST+, la douleur est moins intense, ne dure pas dans le temps, moins de 20minutes, évoluant par crises et répond aux dérivés nitrés ;
- En cas d'un SCAST+, la douleur est de plus en plus intense, dure dans le temps, souvent plus de 20 minutes, ne répondant ni aux dérivés nitrés ni aux antalgiques banaux : c'est une extrême urgence thérapeutique.

Mais, il n'est pas rare que le tableau clinique soit moins évocateur, notamment chez les sujets âgés, les personnes diabétiques, les femmes, les patients souffrant de démence ou d'insuffisance rénale chronique : la douleur peut être prédominante au niveau des sites d'irradiation (mâchoire, bras gauche, poignets, creux épigastrique)

Plus rarement, la douleur est absente ou fruste (5-10% des cas), où les signes digestifs ou manifestations vagales (sueurs, malaise), résument la symptomatologie

b. ECG : est l'examen paraclinique clé qui permet de poser le diagnostic du **SCAST+**

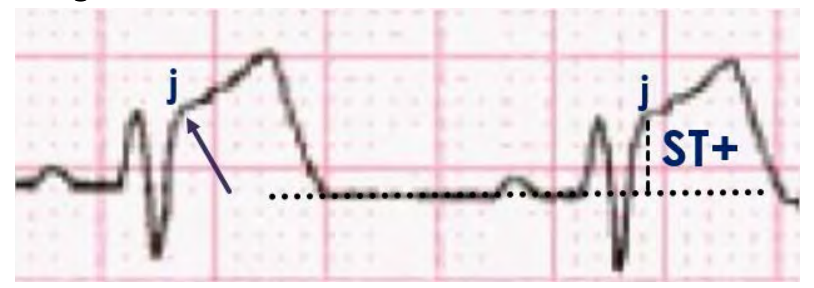
Il met en évidence une élévation du segment ST, à convexité supérieure dans au moins deux dérivations contigües, correspondant au territoire en train de se nécroser.

Un sus-décalage a une valeur diagnostique, si:

- Le point j est ≥ 2mm (0.2mv) en (V2-V3) chez les hommes âgés de 40ans ou plus, ou ≥ 1.5mm (0.15mv) chez la femme.
- Chez l'homme de moins de 40 ans, le sus décalage doit être ≥2.5mm (0.25mv) au niveau de V2-V3.

Pr. Ag. A.SALMI service des urgences médico-chirurgicales CHU Mustapha (2016-2017)
salmi_amine@yahoo.fr

- Et/ou un sus-décalage du point j ≥1mm (0.1mv), au niveau des autres dérivations dans au moins 2 dérivations contiguës d'un territoire coronaire.

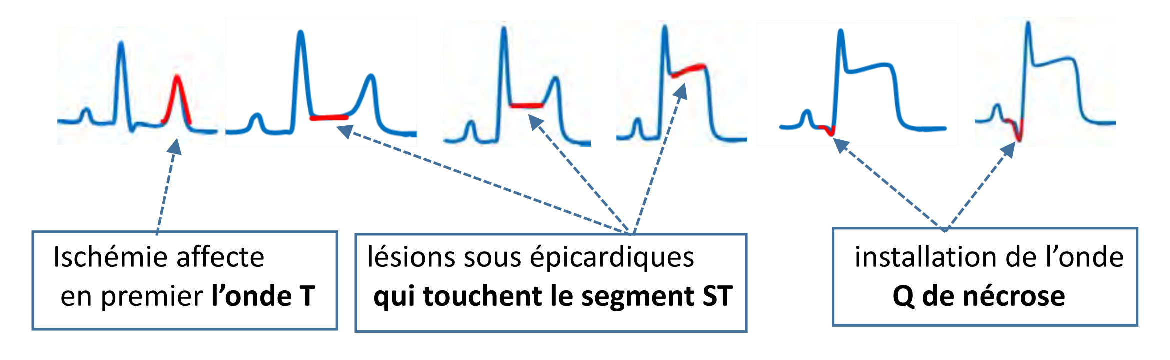


Dans les dérivations opposées, la présence d'images en miroir, sous forme d'un sous-décalage, conforte le diagnostic, mais son absence n'élimine pas le diagnostic.
L'analyse doit être complétée par l'enregistrement des dérivations droites, v3r et v4r, à la recherche d'un infarctus du myocarde du ventricule droit, sans omettre le territoire basal, exploré par les dérivations v7, v8 et v9.
Parfois l'ECG est normal au début, justifiant une surveillance électrique avec des ECG répétés à intervalle de 10minutes.
Enfin, en cas de d'un bloc de branche gauche récent, ou présumé récent, la disposition d'un ECG de référence, a ancien, est essentielle pour le diagnostic.
En cas d'un SCA non ST+, l'ECG peut révéler des anomalies de l'onde T, un sous décalage du segment ST, absence du sus décalage du segment ST, voire un tracé normal.

- ➢ EVOLUTION de l'ECG en cas du SCAST+ :

En cas du SCAST+, les modifications électriques varient dans le temps : c'est un ECG dynamique.

3 types de lésions possibles.



Pr. Ag. A.SALMI service des urgences médico-chirurgicales CHU Mustapha (2016-2017)
salmi_amine@yahoo.fr

c. **Dosage enzymatique :**

L'élévation des marqueurs biologiques spécifiques fait partie des critères diagnostiques de nécrose myocardiques. Parmi ces marqueurs, les troponines I et T, de part leur cardiospécificité, constituent une référence. Cependant, le délai d'apparition de ces enzymes cardiaques est tardif,(4 à 6 heures), et de ce fait, leur dosage, en cas d'un SCAST+, ne doit pas retarder l'instauration du traitement de reperfusion. Enfin, la copeptine, prohormone de la vasopressine serait meilleure, puisqu'elle peut être détectée, précocement, durant les 4premières heures suivant la douleur, alors qu'il faut 4à6heures, pour les troponines. La combinaison des deux marqueurs, la copeptine et la troponine, pourrait permettre une exclusion rapide de l'infarctus du myocarde.
En cas du SCAST+, le diagnostic est électrique (ECG), et le dosage enzymatique nous permet d'avoir une valeur de référence, qui va être comparée aux dosages ultérieures. Par contre, en cas du SCA non ST+, le dosage enzymatique est capital pour le diagnostic.

IV. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

Les syndromes coronaires aigus constituent une véritable urgence diagnostique et thérapeutique.

a. **SCANST+ :**
- Les IDM sans ondes Q de nécrose et l'angor instable sont traités de la même manière au niveau d'un service spécialisé de cardiologie.
- Les familles thérapeutiques utilisées sont :
  - Antalgiques,
  - antiagrégants plaquettaires,
  - anticoagulants,
  - inhibiteurs de l'enzyme de conversion
  - bétabloquants
  - Statine

b. **SCAST+ : véritable urgence thérapeutique**
  a. Le traitement de choix est l'angioplastie primaire
  b. Le traitement pharmacologique basé sur les fibrinolytiques est une alternative.

V. **CONCLUSION : Les** SCA constituent une véritable urgence diagnostique et thérapeutique.il faut y penser devant toute douleur thoracique. Dans tous les cas, une prise en charge spécialisée, d'emblée ou secondaire, d'un patient présentant un SCA, avec ou sans sus décalage du ST, est indispensable.

Pr. Ag. A.SALMI service des urgences médico-chirurgicales CHU Mustapha (2016-2017)
salmi_amine@yahoo.fr